Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2014–2015

29 477 Geneesmiddelenbeleid

Nr. 334 **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 juni 2015

Naar aanleiding van de motie van mevrouw Voortman (Kamerstuk 29 477, nr. 303) waarin zij verzoekt de voors- en tegens te onderzoeken met betrekking tot het uitsluiten van taken van de apotheker van het eigen risico, stuur ik u deze brief. Ook ga ik in op een uitspraak van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) zoals de leden van de Tweede Kamer mij hebben verzocht tijdens het Algemeen Overleg Geneesmiddelen 25 maart jongstleden (Kamerstuk 29 477, nr. 334). Tot slot ga ik in deze brief in op het belasten van het eigen risico van verzekerden bij het gebruik maken van de dienstapotheek in krimpregio's (conform toezegging brief Curatieve zorg in krimpregio's, Kamerstuk 29 247, nr. 200).

Reactie op motie van mevrouw Voortman

Zorgverzekeringswet: Vormgeving eigen risico

Het belasten van het eigen risico van de patiënt ten aanzien van farmaceutische zorg is al sinds langere tijd een punt van gesprek met partijen uit het veld en met leden van de Tweede Kamer. Om een reactie te kunnen geven op de motie van mevrouw Voortman zet ik eerst uiteen hoe de wet- en regelgeving luidt met betrekking tot het eigen risico. Vervolgens relateer ik dit aan de taken van de apotheker.

De Zorgverzekeringswet (Zvw) biedt sinds 2009 aan zorgverzekeraars de mogelijkheid om zelf vormen van zorg geheel of gedeeltelijk uit te zonderen van het verplicht eigen risico, indien deze worden verleend door een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Dit is het zogenaamde sturingsinstrument waarmee zorgverzekeraars hun verzekerden kunnen stimuleren om voor zorg gebruik te maken van door verzekeraar aan te wijzen preferente zorgaanbieders. Immers, voor deze aangewezen vormen van zorg verleend door (preferente) zorgaanbieders die de zorgverzekeraar heeft aangewezen, komen de kosten niet of slechts

kst-29477-334
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

voor een deel ten laste van het verplicht eigen risico van de verzekerde. De basis voor het sturingsinstrument is artikel 21, derde lid, Zvw en is verder uitgewerkt in artikel 2.17, tweede lid, Besluit zorgverzekering. De zorgverzekeraars kunnen dit sturingsinstrument ook toepassen voor farmaceutische zorg. Met toepassing van het sturingsinstrument kunnen zorgverzekeraars taken van de apotheker (geheel of gedeeltelijk) uitzonderen van het verplicht eigen risico. Een aantal zorgverzekeraars doet dit ook voor medicatiebeoordelingen. Daarnaast biedt artikel 21, vierde lid, Zvw zorgverzekeraars (ook) de mogelijkheid om zorgvormen van het vrijwillig eigen risico uit te zonderen (Brief Kwaliteit loont in de zorg, Kamerstuk 31 765, nr. 116).

Taken apotheker die onder het eigen risico vallen

De apotheker moet worden betaald voor het leveren van zorg in plaats van uit de marges tussen in- en verkoop van geneesmiddelen. Dit traject is een aantal jaren geleden, expliciet en na jaren van politiek debat, ingezet. De apotheekhoudende brengt zijn dienstverlening steeds explicieter in rekening aan de verzekerden van een zorgverzekeraar. De taken (prestaties) van de apotheker, die onder de basisverzekering vallen, zijn:
1. Terhandstelling van een geneesmiddel
2. Begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel
3. Instructie patiënt geneesmiddel- gerelateerd hulpmiddel.
4. Medicatiebeoordeling chronisch geneesmiddelengebruik
5. Farmaceutische begeleiding bij dagbehandeling/polikliniekbezoek
6. Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname
7. Farmaceutische begeleiding i.v.m. ontslag uit het ziekenhuis

Hierboven genoemde taken van een apotheker vallen allemaal onder het eigen risico. Zorgverzekeraars kunnen gebruik maken van het sturingsinstrument en zodoende bepaalde taken van de apotheker geheel of gedeeltelijk uitzonderen van het verplicht eigen risico. In de praktijk zijn er zorgverzekeraars die de medicatiebeoordeling uitsluiten van het eigen risico.

Onderstaand ga ik verder in op het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel en medicatiebeoordeling, omdat de discussie met betrekking tot het eigen risico met name gaat over deze twee farmaceutische zorgprestaties. Vervolgens zal ik mijn standpunt geven.

Begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel

De apotheekhoudende is verplicht het eerste uitgiftegesprek (ook wel begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel of eerste terhandstellingsgesprek genoemd) met de patiënt te houden. Dit is op basis van richtlijnen die ervoor moeten zorgen dat geneesmiddelen veilig worden gebruikt. Vanuit medisch oogpunt is het zeer gewenst dat dit gesprek plaatsvindt. Weigert de patiënt het gesprek, dan is de kans groot dat de apotheekhoudende het geneesmiddel niet meegeeft, omdat anders geen verantwoorde zorg wordt geleverd door de apotheker. Apotheekhoudenden en zorgverzekeraars dienen de patiënt vooraf van de juiste informatie te voorzien. Al sinds 2009 zijn de kosten voor de uitgifte van een nieuw geneesmiddel hoger dan voor een herhaalrecept. Sinds 1 januari 2014 moeten apotheekhoudenden het «eerste uitgifte tarief» apart declareren. Zorgverzekeraars verrekenen de kosten van geneesmiddelen en de dienstverlening van de apotheker met het eigen risico van de patiënt, waardoor de patiënt het «eerste uitgifte tarief» op de rekening van zijn of haar zorgverzekeraar terugvindt.

Medicatiebeoordeling chronisch geneesmiddelengebruik

De partijen in het Bestuurlijk Overleg Farmacie zijn ervan overtuigd dat de uitvoering van een periodieke medicatiebeoordeling de medicatieveiligheid, therapietrouw en daarmee de gezondheid en kwaliteit van leven van een patiënt verbetert en dat zo zorgkosten worden bespaart. Het uitvoeren van een medicatiebeoordeling behoort tot verantwoorde zorg en is bedoelt voor patiënten, die er baat bij hebben.

De KNMP heeft laten weten dat doordat de medicatiebeoordeling onder het eigen risico valt, patiënten de medicatiebeoordeling weigeren of wachten tot de tweede helft van het jaar om de medicatiebeoordeling te laten uitvoeren. In de tweede helft van het jaar weten patiënten zeker dat zij hun eigen risico hebben vol gemaakt of zullen volmaken en zijn dan meer genegen de beoordeling te laten uitvoeren, zo stelt de KNMP. De patiënten, die in aanmerking komen voor een medicatiebeoordeling, belasten doorgaans hun gehele eigen risico in een jaar. Ik zie dan ook geen reden om hiervoor de medicatiebeoordeling onder het eigen risico vandaan te halen.

Veelal wordt in deze discussie een vergelijking gemaakt met de huisarts. De zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, is uitgesloten van het verplicht eigen risico. De huisarts speelt als poortwachter een specifieke rol binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Dit komt ook tot uiting in de wijze waarop de uitvoering van het verplicht eigen risico is vormgegeven. Belangrijkste overweging hierbij is geweest dat verzekerden, ingegeven door financiële overwegingen, zouden afzien van noodzakelijke zorg verleend door de huisarts, wat op langere termijn kan leiden tot negatieve gezondheidseffecten en mogelijk hogere zorgkosten.
De KNMP en de Nederlandse Apothekers Coöperatie (Napco) geven desondanks aan dat er geen level playing field is tussen huisarts en apotheker met betrekking tot het belasten van het eigen risico van de patiënt ten aanzien van medicatiebeoordeling, echter farmaceutische zorg geleverd door een huisarts valt ook onder het eigen risico. (voor een nadere toelichting hierop, verwijs ik naar de antwoorden op de vragen 17,18 en 19 van de leden van de Tweede Kamer ten aanzien van de Begroting van VWS 2012 (Kamerstuk 33 000 XVI, nr. 14).

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in de tariefbeschikking voor farmaceutische zorg een prestatie opgenomen die de medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelengebruik beschrijft. Dit is een prestatie die een gezamenlijke inspanning van huisarts en apotheker vereist. Voor de volledigheid is daarom de prestatiebeschrijving tevens opgenomen in de tariefbeschikking voor de huisartsenzorg. Voor het declareren van deze prestatie wordt verwezen naar de voorwaarden zoals deze in de tariefbeschikking voor farmaceutische zorg zijn opgenomen. Dit betekent, zoals eerder aangegeven, dat ook wanneer een huisarts een medicatiebeoordeling uitvoert, het eigen risico van de patiënt wordt belast. Uitzondering hierop vormt de situatie waarin de zorgverzekeraar medicatiebeoordeling in zijn geheel heeft uitgesloten van het eigen risico.

Een aantal zorgverzekeraars geeft aan de prestatie van de huisarts niet hetzelfde te behandelen als bij de apotheker, omdat huisartsenzorg is uitgesloten van het eigen risico. Het eigen risico van de patiënt wordt, naar het nu laat aanzien en in tegenstelling tot de tariefbeschikking van de NZa, bij een medicatiebeoordeling door de huisarts dan niet belast. Dit is aan de inkoopafspraken die de zorgverzekeraar maakt met de zorgaanbieder.

Ten algemene geldt dat het verplichte eigen risico in de Zvw is ingevoerd vanuit de gedachte dat mensen een (beperkt) deel van de kosten van de zorg zelf dragen. Dit bevordert het kostenbewustzijn bij het gebruik van zorg en helpt mee de betaalbaarheid van de zorg op langere termijn te waarborgen. Het verplichte eigen risico kan er ook toe leiden dat mensen van zorg af zien. Momenteel wordt mede op verzoek van uw Kamer onderzoek gedaan naar zorgmijding. Ik verwacht de resultaten van dit onderzoek in het najaar van 2015, en voor de begrotingsbehandeling, aan u te kunnen zenden.

Ik ben niet voornemens om de taken van de apotheker uit te sluiten van het verplichte eigen risico. De afgelopen jaren is juist ingezet op een verandering van de financiering van de apotheker van de marges van de inkoop naar de zorgverlenende taak. Dat is ook transparant voor de patiënt. Dat is goed, maar vergt wel enige tijd om aan te wennen. De apotheker kan door goede zorgverlening zijn meerwaarde leveren. Ik zie geen reden om, juist doordat de zorgtaak nu de aandacht krijgt, het eigen risico aan te passen.

Uitspraak Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Een verzekerde van zorgverzekeraar CZ heeft een geschil aangekaart bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). De verzekerde vindt dat hij de in rekening gebrachte kosten voor het eerste uitgiftegesprek (€ 6,–) niet hoeft te betalen c.q. niet ten laste mogen worden gebracht van het toepasselijke eigen risico, omdat de verzekerde niet wist dat het gesprek met de apotheker geld kost.

De SKGZ heeft in het geschil tussen de verzekerde en zorgverzekeraar CZ geoordeeld dat de verzekerde niet tijdig- voorafgaand aan het eerste terhandstellinggesprek- is ingelicht over de kosten van dat gesprek. Doordat de verzekerde niet op de hoogte was over de kosten van het gesprek heeft de SKGZ geoordeeld dat er geen overeenstemming is bereikt ten aanzien van de (deel) prestatie betreffende het eerste terhandstellinggesprek. Daarnaast had de zorgverzekeraar de verzekerde zorgvuldiger moeten informeren, zo geeft de SKGZ aan in haar uitspraak.

Gezien de uitspraak van de SKGZ roep ik zorgverzekeraars op om met apotheekhoudenden in overleg te gaan over het beter informeren van de patiënt en over de omgang met patiënten die een klacht indienen over het niet willen betalen van het eerste-uitgiftegesprek (Kamerstuk 29 277, nr. 315).

De uitspraak van de SKGZ geeft het belang van het infomeren van de patiënt aan.
Er zijn daarnaast sterke signalen uit het veld dat apothekers en apothekersassistenten steeds meer vragen van patiënten aan de balie krijgen. Veel vragen gaan over (de kosten van) het begeleidingsgesprek bij een eerste uitgifte, het preferentiebeleid van zorgverzekeraars, het wel of niet vergoeden van doorgeleverde bereidingen en waarom bepaalde dienstverlening van de apotheekhoudende onder het eigen risico valt. Dit geeft overigens ook aan dat meer transparantie mensen ook meer bewust maakt. De beroepsvereniging van apothekersassistenten, farmaceutisch consulenten en farmaceutisch managers, werkzaam in de farmacie in Nederland, Optima Farma, doet momenteel onderzoek naar de werkdruk van apothekersassistenten. Na de zomer ga ik verder in gesprek met hen over de uitkomsten van het onderzoek.

Kosten farmaceutische zorg in krimpregio's

In mijn brief Curatieve Zorg in krimpregio's (Kamerstuk 29 247, nr. 200) heb ik aangegeven dat ik zou onderzoeken of ik tot een oplossing kan komen binnen de bestaande budgettaire afspraken en kaders voor de relatieve hoge kosten voor patiënten voor farmaceutische spoedzorg in krimpregio's.

Teneinde zorg te dragen dat farmaceutische spoedzorg voor alle Nederlandse ingezetenen beschikbaar en betaalbaar blijft, ook in minder bevolkte gebieden, kopen zorgverzekeraars vanaf 2014 de farmaceutische spoedzorg gezamenlijk in op basis van een representatiemodel. Dit is een uitvloeisel van de kwaliteitsagenda die is vastgesteld in het kader van het Bestuurlijk overleg farmacie naar aanleiding van de bevindingen van de verkenners extramurale farmacie, de heren Rinnooy Kan en Reibestein. Achterliggende gedachte hierbij is om een volledige spreiding en dekking van farmaceutische spoedzorg te bewerkstellingen en daarbij aansluiting te zoeken bij de reguliere acute zorgstructuur. Zorgverzekeraars werken aan een herinrichting van de acute zorg, waaronder basis spoedzorg. Regionaal wordt gekeken hoe deze het beste ingericht kan worden. Zorgverzekeraars zullen bezien of de spoedeisende farmaceutische zorg per 1 januari 2016 kan worden geïntegreerd in de basis spoedzorg.

De uitgaven aan farmaceutische spoedzorg zijn gedaald en dat betekent ook dat de patiënt gemiddeld lagere kosten heeft ten aanzien van het eigen risico dan voor de invoering van het nieuwe model. Dit neemt niet weg dat het kan voorkomen dat in krimpregio's de kosten voor de patiënt substantieel hoger zijn dan in stedelijk gebied. Omdat deze voorziening in krimpregio's door het mindere gebruik relatief duur is, komt de patiënt voor relatief hoge kosten te staan die van het eigen risico afgaan. Daardoor zien mensen soms af van deze zorg. Zo komt deze voorziening in een negatieve spiraal.
De verwachting is dat zorgverzekeraars er de komende tijd steeds beter in slagen om de farmaceutische spoedzorg voor alle Nederlandse ingezetenen betaalbaar te houden (Kamerstuk 29 477, nr. 284). Of de verschillende tarieven de komende tijd naar elkaar toe zullen groeien, is toch de vraag. De hoogte van de tarieven hangt mede af van de grootte van het gebied, het aantal verzekerden in de regio, het aantal receptregels, de openingstijden en de bezettingsgraad van apotheken.
Ik vraag de NZa om voor deze zorg uniforme landelijke tarieven vast te stellen.

Met deze brief beschouw ik de motie van mevrouw Voortman, de toezegging met betrekking tot de uitspraak van de SKGZ en de toezegging met betrekking tot de kosten van acute farmaceutische spoedzorg in krimpregio's als afgedaan.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers